UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. Müller

Les dépressions masquées

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

BERNARD INDERMÜHLE
Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire d'Amsoldingen (Berne)

Juris Druck + Verlag Zürich
1976

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. Müller

Les dépressions masquées

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par
BERNARD INDERMÜHLE
Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire d'Amsoldingen (Berne)

Juris Druck + Verlag Zürich
1976

Université de Lausanne

Faculté de Médecine

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs

Ch. MULLER & Ed. JEQUIER-DOGE

et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée :

"LES DEPRESSIONS MASQUEES"

présentée par Monsieur Bernard INDERMUHLE

Médecin diplômé de la Confédération suisse

pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 12 janvier *1976*

Le Doyen :

Prof. G. Candardjis

UNIV. LEIDEN BIBL.

A MES PARENTS

en témoignage de reconnaissance

et d'affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRISTIAN MULLER

j'exprime mes remerciements et ma vive reconnaissance pour ses conseils et son aide.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
DEFINITION	6
Définition de "dépression"	6
Définition de "dépression larvée"	9
SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE	12
Symptômes somatiques des états dépressifs en général	12
Symptômes somatiques des dépressions masquées	15
DIAGNOSTIC DES DEPRESSIONS MASQUEES	21
NOSOLOGIE	25
FREQUENCE DES DEPRESSIONS MASQUEES	29
Fréquence des dépressions masquées en clinique	32
HYPOTHESES SUR LES CAUSES DU "SYMPTOMWANDEL"	37
CONSIDERATIONS SUR LE DIAGNOSTIC	43
Le diagnostic par exclusion	47
Le diagnostic positif	50
RESUME ET CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

INTRODUCTION

Il est d'usage d'introduire le thème d'une publication par un plaidoyer sur son intérêt, son importance et son actualité. Le fait n'est pas étonnant : face aux myriades de publications médicales il est bien compréhensible que chacun prétende "combler une lacune" par sa petite contribution à l'inflation du corps de données médicales. Beaucoup de publications, la très grande majorité en provenance d'Allemagne et d'Autriche, ont déjà été consacrées aux "dépressions larvées". Nous ne comblerons aucune lacune ; notre intention est autre : ne rien vouloir prouver, mais éprouver, ne rien inventer mais découvrir, réunir des données apparemment contradictoires et les regrouper selon des lois simples, en bref, nous frayer un chemin praticable dans une jungle exubérante ; en effet, à la complexité extrême du sujet lui-même s'ajoute une confusion terminologique créant d'artificielles barrières de communication. Mais avant d'aborder notre thème et de préciser nos objectifs, il convient de brièvement sacrifier à l'usage en situant son intérêt aux points de vue de son importance et de son actualité.

L'importance d'une pathologie est une notion essentiellement subjective. Jugement de valeur, dépendant de qui le profère, c'est l'importance "par rapport à qui ?". Tel spécialiste se passionne pour un syndrome rarissime qui porte son nom. Tel praticien trouve, et à son point de vue il a raison, importante une affection banale, dont on ne lui a jamais parlé au cours de ses études. Mais s'il existe une importance réelle d'une affection, nous la définirions, par référence à l'objectif essentiel de la médecine, comme la somme des souffrances qu'elle provoque. Selon N.S. Kline[29], les états dépressifs sont responsables de davantage de souffrance que toute autre affection. Par leur fréquence très élevée, par la souffrance morale qu'elles représentent et par le caractère si

souvent trompeur de leurs modalités d'expression qui les prive des secours d'une thérapeutique efficace, les dépressions comptent sans doute parmi les problèmes prioritaires de la médecine d'aujourd'hui.

Parmi les dépressions, les formes dans lesquelles une riche symptomatologie somatique recouvre les aspects psychiques retiennent de plus en plus l'attention. Kielholz[25] parle d'un "Symptomwandel" dans le sens d'une "somatisation" progressive, observable au cours des 15 dernières années. La conséquence inéluctable en est que les patients qui en sont atteints se rendent chez les médecins généralistes et internistes, voire les spécialistes, à l'exclusion, le plus souvent, des psychiatres. Weitbrecht[50] a souligné la fréquence avec laquelle ces formes sont méconnues, passant de médecin en spécialiste, et aboutissant fréquemment sur une table d'opération. Les problèmes pratiques qui en résultent ont beaucoup contribué à faire des "dépressions larvées" un thème très actuel.

Nous aborderons plus loin les problèmes posés par la définition de "dépression larvée". Pour une meilleure compréhension de ce qui suit, une définition provisoire devrait suffire : une dépression larvée est un état dépressif dont la symptomatologie psychique est cachée (ou masquée) derrière une symptomatologie à prédominance somatique. On parle aussi de dépression végétative.

L'intérêt des médecins pour les "troubles fonctionnels", notion trop extensive, peu féconde dans sa définition par la négative (on ne les conçoit bien que par opposition à l'organique, au lésionnel), est en baisse. Ceux qui n'ont pas adhéré au mouvement psychosomatique, ceux qui sont lassés de la "dystonie neuro-végétative" et de ses dérivés plus récents (syndrome psycho-neuro-végétatif par exemple) ont trouvé dans la dépression larvée une nouvelle source d'inspiration. Inspiration qui doit être particulièrement contagieuse, puisque les

publications sur ce thème paraissent augmenter selon une progression exponentielle ! L'attention accordée aux dépressions larvées depuis trois ou quatre ans confirme qu'il s'agit d'une affection dont l'importance est reconnue. Des précurseurs l'avaient pressenti : déjà en 1964, Bayliss[5], dans une publication consacrée aux principaux progrès accomplis en médecine, écrivait : "Perhaps the most outstanding advance, involving all branches of medicine, in recent years, has been the realization of the protean manifestations of depression".

Notre intérêt pour les formes fortement somatisées des états dépressifs fut éveillé au cours d'un stage clinique en psychiatrie qui nous fit retrouver sous le diagnostic d'"état dépressif" des patients examinés lors du stage précédent dans le service de médecine d'un hôpital régional. L'origine émotionnelle de leurs troubles avait été admise après la classique série d'investigations destinées à exclure une origine organique, mais aucun diagnostic positif n'avait été posé, et surtout, du point de vue du patient, aucune amélioration n'était survenue. Ces formes somatisées de dépression sont donc intéressantes, sur le plan théorique, par leur valeur de modèle et de révélateur d'une série de questions véritablement fondamentales sur les conditions actuelles de l'exercice de la médecine.

Le problème des dépressions larvées se situe au niveau du soubassement commun, plus ou moins immergé, d'où émergent les archipels des différentes spécialités de la médecine. Il plonge ses racines à la fois dans ce que l'humain a de plus spécifique et dans ce que notre époque offre de plus troublant. Beaucoup plus discrète que d'autres affections qui l'ont précédée sur cette voie du "langage du corps" (l'exemple le plus bruyant étant l'hystérie de conversion) la dépression somatisée est une sourde plainte, souvent incomprise, issue d'une vie émotionnelle dont le droit à l'existence est, de fait, contesté par un type de société privilégiant surtout d'autres valeurs.

Les dépressions larvées se situent à la croisée de nombreuses spécialités. C'est un défi à la médecine d'organes, une affirmation irréfutable de l'unité de l'homme. Posant avec insistance l'insoluble problème des relations entre soma et psyché, cette "croix de la médecine" selon Delay, la dépression larvée est aussi un lieu de rencontre pour deux grands courants de la médecine, celle du corps et celle du psychisme.

Encore en 1969, Walcher[48] s'étonnait, face aux centaines de dépressions larvées qui inondaient sa clinique, que si peu d'intérêt soit accordé à cette affection et ne comprenait pas qu'elle soit aussi négligée. L'intérêt pour les dépressions larvées s'est récemment accru dans des proportions telles que cette affection ne peut plus être considérée comme un thème réservé à quelques spécialistes à la recherche de nouveauté. Son entrée dans le monde médical le plus élargi est consacrée en Suisse par deux événements importants. Le premier est le Symposium International consacré à la dépression masquée, qui a réuni à St-Moritz, en janvier 1973, l'élite mondiale des chercheurs dans le domaine de la dépression. Le deuxième, qui lui est lié, est une enquête à l'échelon de tous les praticiens suisses, dans le cadre d'une enquête internationale. Un questionnaire sur les dépressions, attirant expressément l'attention sur leurs formes masquées, fut envoyé fin août 1973 par Kielholz dans le but de recueillir des renseignements sur leur fréquence, leur diagnostic et leur traitement.

Last but not least, nous constatons que la presque totalité de la littérature à notre disposition est de langue allemande ou anglaise; en français la littérature est pauvre en renseignements sur ce thème, à l'exception de la publication, éditée par Kielholz, des exposés du Symposium de St-Moritz [26].

Pour les raisons (rationnelles et émotionnelles) évoquées, il nous a paru intéressant d'étudier de plus près la question des dépressions masquées et de rédiger une synthèse sur les ré-

sultats de cette recherche.

Les objectifs de ce travail sont les suivants : sur la base d'une revue de la littérature, forcément incomplète, et d'une brève casuistique personnelle, nous chercherons à poser de façon correcte quelques problèmes théoriques et pratiques. Dans une deuxième partie, nous suggérerons des solutions.

Les principaux problèmes que posent les dépressions masquées sur le plan théorique sont :

- la question de la terminologie (sémantique de "Dépression larvée", définitions),

- les problèmes nosologiques. Entité nosologique ? Forme atténuée, atypique, ou encore "équivalent" des dépressions endogènes, ou mode d'expression non spécifique, survenant dans n'importe quel type de dépression ?

- les hypothèses sur les causes du "Symptomwandel".

D'un point de vue pratique

- la question centrale est la fréquence réelle de ces dépressions larvées,

- où se cachent-elles ?

- comment les démasquer ? Le classique diagnostic par exclusion suffit-il ? Un diagnostic positif est-il possible ?

Nous n'aborderons pas la question de leur traitement, puisque la majorité des auteurs admettent que les dépressions larvées se traitent comme toutes les autres dépressions et que les principaux problèmes se situent "en amont".

DEFINITION

Qu'appelle-t-on dépression larvée ? Ce terme n'est que le plus couramment utilisé - à tort pensons-nous, et nous préciserons plus loin nos réticences - d'une série d'expressions qui toutes ont en commun la référence à une double réalité : une pathologie dépressive psychique recouverte (cachée, masquée) par une symptomatologie somatique sans support lésionnel, essentiellement neuro-végétative. Les relations entre les éléments physiques et psychiques sont interprétées diversement, reflétant des conceptions théoriques souvent très éloignées. Alors que certains préfèrent la notion d'"équivalents dépressifs", d'autres soutiennent que la pathologie thymique ne manque jamais, refusant l'appellation "depressio sine depressione". Les Anglo-Saxons, fidèles à leur tradition unitariste, ne voyant généralement dans nos différentes catégories nosologiques que des différences de quantité et non de qualité, contestent la nécessité même d'une nouvelle sorte de dépression.

Définition de "dépression"

Définir "dépression larvée" présuppose un accord préalable sur le sens de "dépression". Pour illustrer quel abîme peut séparer deux définitions du même terme, nous choisissons sciemment deux conceptions extrêmes. Pour Birkmayer (cité par Bausenhardt[4]), la dépression n'est qu'un "syndrome de manque d'amines cérébrales" ou même un "trouble répondant à l'amytriptyline", alors que Bausenhardt[4] la conçoit comme "une modification spécifique du vécu d'une personne ayant perdu tout sentiment d'espoir". Mentionnons encore la conception de H. Ey[11] : "césure dans l'existence du sujet, arrêt du temps vécu,

destructuration la plus élevée de la conscience, celle qui atteint la structure temporelle éthique de la conscience". En l'absence d'une convention passée entre les utilisateurs du mot "dépression", il faut s'attendre à la plus grande confusion, le descripteur étant polysémique (Glatzel[15]) et la réalité décrite très complexe.

Le terme "dépression" utilisé seul est une source de confusion; trop vague, il désigne aussi bien un symptôme qu'une entité nosologique qui pour beaucoup, ne contient même pas nécessairement le symptôme désigné du même nom. Il ne se définit donc de façon précise que comme syndrome.

Nous retiendrons pour notre part les conclusions de Kielholz et Hole telles qu'elles apparaissent dans le récent "Lexikon der Psychiatrie"[39] dont l'objectif prioritaire est précisément de servir la cause d'un langage commun en psychiatrie. "En résumé, il faut concevoir la dépression comme un syndrome se composant de symptômes psychiques, psychomoteurs et somatiques selon des proportions et des intensités variables ; les principaux symptômes sont en général des altérations de l'humeur (tristesse, apathie ou angoisse), des idées noires, des troubles de l'élan vital et des perturbations neurovégétatives. Comme l'image clinique ne permet de tirer aucune conclusion quant à l'étiologie ou la pathogénie, mais tout au plus des estimations douées de plus ou moins de probabilité de se vérifier, on ne posera de diagnostic nosologique qu'en tenant compte de l'anamnèse, de l'évolution et de toute autre donnée complémentaire".[39]

Des principaux symptômes pouvant entrer dans le syndrome dépressif, aucun n'est obligatoire ou constant. L'anesthésie affective peut même exclure du tableau ce qui fut toujours considéré comme le symptôme nucléaire : la tristesse dépressive[39]. Toutes les tentatives de réduire les états dépressifs à un symptôme-clé fondamental se sont brisées contre la variabilité extrême des formes cliniques ; ainsi, la "Hemmung" de

Kraepelin n'est pas forcément présente, ni même la "vitale Traurigkeit" de K. Schneider. Cette définition représente le grand avantage de délimiter un cadre assez large pour accueillir également les formes fortement somatisées, ce que les définitions antérieures, par exemple celle de Bleuler (1916) interdisaient. Bleuler avait même qualifié expressément les symptômes physiques de "sans importance". Il n'est pas exagéré de prétendre bien au contraire que c'est l'existence même de dépressions dans lesquelles les troubles physiques sont au premier plan qui a remis en cause la définition classique de la dépression. Pollit[42, 43] a plaidé en faveur d'un rejet de la conception populaire selon laquelle la dépression est un trouble de l'humeur ; il propose une conception biologique, une définition opérationnelle destinée à distinguer ce qui est pathologique des états de tristesse physiologiques (distinguish depressive illness from healthy unhappiness). Pour Pollit, on peut faire cette distinction sur la base des symptômes qui suggèrent des altérations des principaux mécanismes régulateurs du SNC : troubles du sommeil, de l'appétit, du poids, de la libido et des variations diurnes.

La notion la plus restrictive, malheureusement très répandue, de l'état dépressif est celle qui s'énonce "dépression = humeur dépressive". C'est le type même d'une définition circulaire, qui n'est probablement elle-même qu'une illustration de la loi du moindre effort mental (dépressif : celui qui est déprimé ; dépression : maladie dans laquelle l'humeur est dépressive !) Sans aller aussi loin que G. German (cité par Lopez Ibor[25]) qui affirme que sur 100 patients déprimés 2 seulement se seraient plaints de tristesse, on peut affirmer que l'humeur dépressive est loin d'être un symptôme

obligatoire du syndrome dépressif. Mitchell-Heggs[38] trouve sur 400 dépressions 39 % de patients dont l'humeur dépressive est la plainte principale, 33 % qui admettent, sur question, en être affligé, et 28 % qui ne signalent pas de changement subjectif de leur humeur de base. Goodwin[16] confirme ce point de vue. Glatzel[15] également estime que la tristesse, en tant que sentiment subjectif, n'est pas nécessairement présente dans la maladie dépressive. Or, aux termes de décennies de discussions pour savoir si c'était la tristesse ou l'inhibition qui était le noyau de la mélancolie, la majorité des auteurs avaient conclu que le symptôme central était la tristesse. Cette contradiction apparente repose sur un malentendu aisément explicable : la "tristesse" est équivoque, puisqu'elle exprime aussi bien le sentiment subjectif du patient que la tonalité de l'humeur de base décrite par le psychiatre ! Il convient donc de faire la distinction entre humeur dépressive et sentiment de tristesse.

Définition de "dépression larvée"

Il était indispensable, avant de définir "dépression larvée", de préciser le cadre général des états dépressifs d'une manière qui autorise ensuite les nécessaires relations entre la partie et le tout. Ces relations deviennent évidentes dans la définition suivante, également empruntée au "Lexikon der Psychiatrie"[39]. Elle apparaît sous le titre "Dépressions végétatives", mais concerne bien, comme on peut s'en convaincre par la lecture de l'article de Hole, les dépressions larvées :

"Manifestations dépressives dans lesquelles la composante somatique du syndrome dépressif domine le tableau clinique à un point tel que la symptomatologie psychique ou psychomotrice n'apparaît que peu. Elle peut être à peine reconnaissable ou même rester tout à fait cachée".

Cette définition tient compte de l'avis de la majorité des auteurs, selon lesquels les perturbations psychiques existent, même si elles sont repoussées au second plan par la richesse de la symptomatologie somatique. Il est donc préférable d'abandonner l'expression intéressante par son aspect paradoxal, mais dépourvue de sens, de "depressio sine depressione". On ne peut pas davantage retenir la notion d'"équivalents dépressifs" comme synonyme de "dépression larvée". (Pichot, [41])

Nous avons dès le départ signalé nos réticences à l'égard du choix, malheureusement déjà sanctionné par l'usage, de l'appellation "dépression larvée". Garrone[13] corrige cette expression qu'il qualifie d'impropre, c'est de dépressions cachées qu'il s'agit. Dans une monographie récente intitulée "Die sogenannte larvierte Depression", Glatzel [15] s'en prend à cette dénomination "problématique et de nature à induire en erreur". Lange avait déjà dénoncé en 1942 ce malentendu qui recommence tous les 2 ou 3 ans ! Lange est également l'auteur de la boutade selon laquelle "c'est le sort de la dépression larvée d'être redécouverte tous les 10 ans".[48] Glatzel[15] fait une première critique : il est aberrant de dénommer un processus pathologique d'après une caractéristique qui lui manque. Un fait plus grave encore, à notre avis, est la confusion qui ne manque pas de survenir dans l'interprétation de "larviert" et ses traductions. "Die Larve" en allemand, langue d'origine de cette expression, signifie à la fois le masque et la larve. Au départ, il s'agissait donc bien de dépressions masquées, cachées, mais l'usage psychiatrique, même dans les pays germanophones, a diffusé la conception de dépressions incomplètes, immatures, frustes. La confusion grandit encore lorsqu'on assimile les dépressions larvées à des dépressions légères, ou atypiques, ou peu

graves, ou latentes. Où il n'est pas possible de suivre Glatzel, c'est lorsqu'il propose de supprimer l'expression dépression larvée et de la remplacer par "vitale Zyklothymie". Outre les problèmes de traduction insolubles que ce nom pose, il trahit une conception nosologique repoussée par de nombreux auteurs : pour Glatzel la dépression larvée n'est qu'un mode d'expression de la mélancolie (zyklothyme Depression) dans lequel la tristesse manque tout à fait ou alors n'apparaît qu'en arrière plan, à la faveur d'autres phénomènes psycho-pathologiques.

Les participants du Symposium International de St-Moritz 1973 ont longuement débattu ce problème de terminologie. De façon fort heureuse, ils se sont mis d'accord pour utiliser et recommander le terme de "dépression masquée"[(26)]. Nous suivrons par la suite cette recommandation.

SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE

Ayant défini la dépression masquée, il s'agit d'en décrire les symptômes. "Décrire" est un projet bien ambitieux, une revue de la littérature convainc rapidement que peu de tableaux cliniques résistent autant, par leur extrême polymorphisme, à une description systématique et précise. Il serait presque plus facile d'énumérer, dans le cadre si large de la pathologie fonctionnelle, quels symptômes ne surviennent que rarement (ou pas) dans les dépressions masquées.

Symptômes somatiques des états dépressifs en général

Pour éviter de rester suspendu dans des généralités, il nous paraît utile de rappeler quels sont les symptômes somatiques connus des états dépressifs en général. Sur une grande série de dépressifs, Kielholz [39] a trouvé les symptômes physiques suivants : troubles cardiaques et respiratoires, sentiments d'oppression, sudations profuses, céphalées (40 % des cas), troubles gastro-intestinaux et troubles du sommeil. Glatzel [15] énumère ainsi les troubles physiques dans la mélancolie : troubles du sommeil, des menses, du poids (et de l'appétit), de la libido, et enfin troubles neurovégétatifs. Bleuler [6], dans les symptômes accessoires de la mélancolie, signale les insomnies, la constipation, les algies précordiales, les bourdonnements d'oreilles, les céphalées, les paresthésies et "toutes sortes d'ennuis". Ey, Bernard et Brisset [11] sont fidèles aux traditions françaises et insistent, au chapitre de la mélancolie, sur les troubles digestifs, qui seraient constants. Ils rappellent que les troubles hépato-biliaires ont inspiré historiquement l'étymologie de l'affection

(mélancolie = bile noire). Ils signalent des troubles cardio-vasculaires, l'aménorrhée, des troubles neurovégétatifs.

Les manifestations somatiques du syndrome dépressif tiennent une place importante dans le tableau synthétique de Kielholz reproduit ci-après [24].

Depressives Syndrom

I. *Grundsymptome*

1. *Depressive Grundstimmung*
Schwermütige, gedrückte, traurige Stimmung, Angst, innere Unruhe, dysphorische (mürrisch-gereizte) Stimmung, dumpfe Gleichgültigkeit, „Gefühl der Gefühllosigkeit". Vitale Traurigkeit (im Bereich der Körpergefühle lokalisiert).
2. *Denkhemmung*
Einfallsarmut, langsames, mühsames Denken, Gedankenkreisen, Zwangsideen, Änderung der Zielvorstellung erschwert, Monideismus. Innere Leere, pessimistische Inhalte, Suizidideen.
3. *Hemmung der zentrifugalen Funktionen*
Willenshemmung, Entschlußunfähigkeit, Ambitendenz, Schwunglosigkeit, Mangel an Antrieb bis zum depressiven Stupor. Psychomotorische Hemmung, vornübergebeugte Haltung, langsame, kraftlose Bewegungen, leise, monotone Stimme oder *depressive Agitiertheit:*
Motorische Unruhe, „Getriebenheit", Weinerlichkeit und Jammern.

II. *Akzessorische Symptome*

Holothyme (stimmungsbedingte) Wahnideen:
Hypochondrische, Versündigungs-, Insuffizienz-, Verarmungs-, nihilistische Ideen.

Somatische Erscheinungen:
Allgemeine Symptome:
Schlafstörungen
Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
Schmerzzustände verschiedenster Art (Kopfdruck, neuralgiforme Schmerzen, Gelenk-, Muskel- und abdominale Beschwerden)
Verringerter Turgor (trockene, blasse, schlaffe Haut)
Herz- und Atembeschwerden:
Rhythmusstörungen (Brady- und Tachykardie, Extrasystolie, „Herzklopfen")
Herzbeklemmung, pseudopectanginöse Beschwerden
Bradypnoe, flache Atmung
Störungen von seiten der Verdauungsorgane:
Mundtrockenheit (verminderte Speichelsekretion), Engegefühl im Hals, Globusgefühl, Völlegefühl, Magendruck
Obstipation
Störungen im Bereich der Sexualität und der Urogenitalorgane:
Frigidität, Impotenz
Menstruationsstörungen, Fluor vaginalis
Dys- und Pollakisurie

Tab. 1: Depressives Syndrom

Ce tableau n'est pas très récent (1969). La contribution de Kielholz au "Lexikon der Psychiatrie" (1973)[39] révèle une révision de cette conception dans un sens qui concède une place encore plus importante aux troubles somatiques.

Ces quelques références suffisent déjà à dégager quelques constantes, qu'une analyse plus étendue ne pourrait que confirmer. On se trouve en fait en présence de manifestations centrales et périphériques de troubles des fonctions végétatives.

Perturbations des grandes fonctions végétatives :

- Rythme nycthéméral, surtout sommeil
- Appétit, régulation pondérale
- Fonctions sexuelles
- Cénesthésie (tonalité de base des perceptions sensitivo-sensorielles)

Perturbations neurovégétatives périphériques
(hyper- ou hypo-fonction)

- cardio-vasculaires
- respiratoires
- digestives
- sécrétions (sudation, sécheresse des muqueuses)
- uro-génitales
- musculo-squelettiques (tonus musculaire)

Notons qu'une partie importante de ces troubles se superpose avec les manifestations physiques de l'anxiété, ce qui ne devrait étonner personne puisque le même médiateur (le SNV) traduit les émotions en "langage du corps", sur un registre limité à 2 jeux. Ce préambule sur les symptômes physiques des états dépressifs en général a le mérite de nous faire déboucher très tôt sur une conclusion importante : la symptomatologie des dépressions masquées ne diffère pas qualitativement de la symptomatologie somatique des états dépressifs en général : elle n'en est qu'une accentuation quantitative, aux dépens d'ailleurs des symptômes psychiques.

Le "Symptomwandel" n'est qu'un glissement, certes prononcé, vers une composition davantage somatique du syndrome dépressif (avec ses symptômes psychiques, psychomoteurs et somatiques), il n'y a en fait pas de changement qualitatif.

Symptômes somatiques des dépressions masquées

La symptomatologie somatique des dépressions masquées comprend dans sa variété la totalité des symptômes devenus familiers à tout praticien par leur fréquence dans la pathologie fonctionnelle, celle qui, selon des estimations prudentes, caractérise 1/3 de ses patients. C'est dire qu'elle ne saurait prétendre à la moindre spécificité. Dans la majorité des cas, on trouve des céphalées, des troubles cardiaques, des symptômes gastro-intestinaux et des douleurs à type de névralgies (Walcher [39]). Mais la variété des tableaux cliniques est telle que Walcher n'hésite pas à dire que la dépression masquée peut pratiquement imiter "avec une fidélité quasi photographique" n'importe quelle pathologie organique.

Hole [39], auteur du chapitre "Dépressions végétatives" dans le "Lexikon der Psychiatrie", décrit des symptômes de douleurs, constrictions et tensions, d'un caractère souvent difficile à verbaliser, affectant principalement la tête, le tractus gastro-intestinal ou le thorax, en particulier des piqûres précordiales, des troubles pseudo-angineux et des dysesthésies cardiaques ; en outre globus oesophagien, sensation d'étranglement, vertiges, douleurs lombaires et douleurs des membres. A cela s'ajoute un cortège complet de troubles végétatifs : sudation profuse, extrémités froides, sécheresse buccale, constipation ou diarrhée, troubles de l'appétit, perte de poids, troubles du sommeil, des règles ou de la puissance sexuelle, chute des cheveux, diminution de la turgescence cutanée, etc...

Il ne serait d'aucun secours d'allonger encore ces énumérations fastidieuses de symptômes. En définitive, le seul vrai et grand problème est de reconnaître assez tôt les dépressions masquées et de les traiter comme telles. C'est pourquoi, étant bien conscients de la difficulté de la tâche, nous chercherons à identifier quelques particularités de ces symptômes, soit pris isolément, soit dans leur regroupement, soit encore dans leur contexte.

Avant d'analyser quelques symptômes particuliers, il peut être intéressant de s'interroger sur leur fréquence (chacun pris séparément) et sur les constellations symptomatiques les plus connues. Les données sont fort maigres. Pour Radmayr [44], les organes-cibles des somatisations sont : le système cardio-vasculaire, le tube digestif et le système nerveux végétatif. Les céphalées sont pour Loo et Zarifian [33] le symptôme le plus souvent évoqué. Walcher [48] également estime que c'est une des manifestations les plus fréquentes des dépressions masquées. Les troubles du sommeil aussi sont fréquemment cités en tête de liste. Une observation précieuse est celle de Braceland (cité par Walcher[48]) qui observe principalement chez ses patients déprimés les 6 symptômes suivants: fatigue (liée à l'activité professionnelle), troubles du sommeil, troubles digestifs hauts, manque d'appétit, douleurs physiques et céphalées. L'intérêt de son observation n'est pas dans cette liste de symptômes, mais dans le fait que 4 symptômes sur 6 sont présents chez 80% de ses patients dépressifs, alors qu'ils surviennent en général isolément dans d'autres affections.

- <u>Particularités de quelques symptômes somatiques des dépressions masquées</u>

  Nous nous limitons aux principaux d'entre eux, pour ne pas

dire à ceux qui présentent des particularités suffisantes pour les distinguer de n'importe quel autre trouble fonctionnel. Ces troubles ne présentent pas de différence fondamentale selon qu'ils se présentent dans une dépression masquée ou dans toute autre variété d'état dépressif.

. Les troubles du sommeil : le sommeil est un indicateur extrêmement sensible de perturbation de la vie végétative. Une caractéristique qui peut être isolée, mais qui est commune à tous les états dépressifs, est la perte du pouvoir réparateur du sommeil (Kielholz [24]). Le sommeil est de mauvaise qualité, il peut être agité de rêves et de cauchemars pénibles. Dans les troubles psychogènes on rencontre souvent des difficultés d'endormissement (Kielholz [24]), le plus souvent associées à de l'anxiété. Le réveil précoce est classiquement relié au caractère endogène d'une dépression. Les troubles du sommeil sont davantage qu'un symptôme, une fois installés ils représentent un facteur pathogène supplémentaire [24]. La grande résistance de ces insomnies aux hypnotiques est caractéristique (Garrone [13]). L'hypersomnie se rencontre également, moins souvent.

. Les céphalées : elles n'ont ni localisation ni horaire précis, faisant partie de ces sensations indicibles de pression, de lourdeur, qui peuvent toucher d'autres organes. Elles sont remarquables par leur persistance au cours de la journée, leur chronicité et leur résistance aux anti-céphalalgiques (Loo et Zarifian [33]). Elles s'accompagnent souvent de rachialgies cervicales (tension headache), voire d'algies dorsales ou lombaires. Sur 115 céphalées d'origine indéterminée, Walcher [48] a trouvé 65 (56 %) dépressions masquées. Il signale la

fréquence de l'abus de phénacétine ou de pyrazolone destiné davantage à obtenir un effet stimulant pour lutter contre l'asthénie dépressive qu'à calmer la céphalalgie.

. Les troubles digestifs : le plaisir de manger et le goût disparaissent (selon Garrone [13]) en premier lieu, parfois accompagnés d'un sentiment de mauvais goût dans la bouche ou d'absence de salive. Les troubles digestifs les plus variés entretiennent les modifications de l'appétit. L'absence d'appétit n'exclut pas dans certains cas des ingestions exagérées de nourriture.

Les troubles génito-urinaires, cardio-vasculaires, respiratoires, les douleurs musculaires, et de nombreux autres troubles cités dans la symptomatologie ne présentent pas de caractéristiques suffisantes pour leur dépeindre un visage spécifique dans les états dépressifs. Nous verrons que c'est par une autre approche que leur valeur sémiologique peut se manifester.

Un symptôme, pourtant cardinal, n'a pas encore reçu l'attention qu'il mérite : c'est l'asthénie, qui ne manque que rarement. Curieusement, elle n'apparaît pas dans de nombreuses listes de symptômes consacrées aux troubles somatiques des dépressions masquées. La raison pourrait être que les médecins qui reconnaissent les dépressions masquées rangent l'asthénie dans les symptômes psychiques qu'ils démasquent derrière l'avant-scène somatique. Mais le patient, et c'est là un des aspects du masque somatique qui recouvre son état dépressif, se sent physiquement épuisé, sans ressort. C'est pourquoi, en faisant les réserves qui s'imposent et à l'exemple de Garrone [13], nous traiterons de l'asthénie

dans ce chapitre consacré aux particularités des symptômes somatiques.

. L'asthénie : Glatzel [15] considère l'abattement général, le manque d'énergie (Abgeschlagenheit-Antriebslosigkeit) comme le symptôme le plus fréquent des dépressions masquées. Il peut d'ailleurs se présenter seul. L'activité professionnelle n'est assumée qu'à grand-peine, sans le moindre goût. Le temps resté libre est stérile, par absence d'envie d'entreprendre quoi que ce soit. Les efforts intellectuels ne sont suivis d'aucune efficacité. Le patient exprime sa continuelle fatique, il pourrait dormir tout le jour. Il ne s'intéresse à rien, ne peut plus se concentrer. Cette fatique est souvent rationalisée comme consécutive aux troubles du sommeil, d'autant plus qu'elle est généralement plus intense le matin. Elle engendre ou entretient une sourde anxiété.

Elle n'est soulagée ni par le repos, ni par l'allégement du labeur, au contraire elle peut s'aggraver si le patient cesse complètement toute activité (Garrone [13]). Elle s'accompagne d'un malaise général, avec sentiment d'étrangeté, d'irréalité.

A propos d'asthénie, mentionnons une opinion intéressante : Cherpillod [8] s'élève contre une conception "déficitaire" de la dépression reposant sur le manque ou la baisse de quelque chose de très théorique et d'abstrait que l'on postule sous le nom d'"élan vital" (Antrieb). La question est pertinente : l'élan vital c'est quoi ? Peut-être Birkmayer nous répondrait-il que c'est le résultat d'un taux d'amines cérébrales insuffisant ... Cherpillod voit dans l'adynamie du dépressif le résultat d'une inhibition névrotique, selon les conceptions psychodynamiques.

Nous insistons sur le fait que dans la dépression masquée, l'asthénie est rarement aussi prononcée que ne le suggère la description ci-dessus, valable pour tous les états dépressifs. Un tableau clinique trop évidemment évocateur d'état dépressif ne peut pas, par définition, concerner la dépression masquée.

Pour rendre justice au caractère fondamental des dépressions masquées, nous aborderons les symptômes cachés par le masque somatique non pas dans le paragraphe "symptomatologie" mais bien dans la discussion du "diagnostic".

DIAGNOSTIC DES DEPRESSIONS MASQUEES

Il est peu d'exemple où la démarche intellectuelle suggérée par l'étymologie du terme "diagnostic" soit mieux illustrée que dans le cas des dépressions masquées. Beaucoup d'affections se présentent au médecin "à visage découvert" et permettent, dans les cas les plus favorables, le "diagnostic-éclair" qui remplit son auteur d'un sentiment quasi jupitérien d'omniscience. Rien de tel avec la dépression masquée qui emprunte pour se cacher des masques d'une diversité déroutante. Le diagnostic est alors véritablement un acte de connaissance-à-travers, au-delà de la présentation de l'affection.

Comme le problème central est de reconnaître, malgré le masque susjacent, un état dépressif, nous nous concentrerons sur la phase phénoménologique de cette "comptabilité double" (Doppelregistrierung) que recommande Kielholz [24] : le diagnostic d'un état dépressif doit comporter, à côté du diagnostic nosologique, un diagnostic phénoménologique. Le problème de la nosologie des dépressions masquées sera traité séparément.

Dans les dépressions masquées, les symptômes somatiques n'ont que peu d'intérêt pour le diagnostic. En effet, ce qui apparaît n'est pas spécifique, et c'est ce qui manque au tableau clinique qui est important. Mais les signes pathognomoniques (au sens où on doit les rechercher de façon active, au contraire de symptômes qui renvoient davantage à une réception passive) manquent-ils vraiment ? Walcher [48] soutient que non : ils ne sont que masqués par l'intensité prédominante des troubles somatiques mais une recherche dirigée permet toujours de mettre en évidence ce symptôme psychique considéré par beaucoup d'auteurs comme nucléaire : la "vitale Verstimmung". Cette notion est tellement importante, si diffi-

cile à traduire aussi, qu'il convient de la préciser ; en effet, Walcher [48], avec d'autres [15], la considère comme déterminante pour le diagnostic.

La "vitale Verstimmung" ou "vitale Traurigkeit" est une notion due à K. Schneider. Elle occupe une place centrale dans la conception moderne des états dépressifs selon l'école allemande. Le mot important n'est ni "Traurigkeit", ni "Verstimmung", mais "vital", l'adjectif qualifiant la modification de l'humeur. Il peut être substantifié, on obtient alors "Vitalisierung", terme encore un peu plus obscur et auquel Kielholz préfèrerait "Devitalisierung". Par "vitale Verstimmung" il faut comprendre une altération du fondement diffus, généralement pas perçu consciemment, formant l'arrière plan de l'humeur, et plus généralement du "comment on se sent" (Befindlichkeit). Profondément ancré dans la personnalité, relativement constant, cet "élan vital" au sens le plus large a une proximité particulière avec le support biologique (physiologique) de la vie psychique (Glatzel) [15]. Il implique donc (en cela il faut soigneusement le distinguer de "vitalité") un double point d'ancrage physique et psychique, particulièrement compréhensible dans le vécu de "sensations-sentiments", série d'expériences constamment douées de deux faces inséparables. Ainsi la douleur est toujours fusion de physique et de psychique. La tension de même est à la fois une impression psychique déplaisante et un état physique. Thiele [46] a consacré une monographie à l'examen approfondi de ces relations psycho-physiques dans le cadre des "syndromes psycho-végétatifs".

C'est donc une forme de malaise, de profond tourment psycho-physique dans lequel la composante somatique et la composante

psychique ne doivent pas être considérées comme reliées par des relations de cause à effet, puisque les deux composantes trouvent leur origine à la même profondeur, dans la même couche de la personnalité. Elles sont simultanées et si intimement imbriquées que le malaise, selon la représentation consciente que s'en fait le patient (ou selon la façon de l'interroger) peut en imposer soit pour un trouble physique soit pour un trouble psychique. Ce double visage rend compte du caractère, souvent souligné, d'indicibilité, de difficulté à verbaliser ce que ressent vraiment le patient lorsqu'il cherche à décrire des sentiments de pression, de poids, de malaises profonds davantage que de douleurs précises, pouvant affecter son coeur, sa poitrine, son estomac ou sa tête. Les membres, la nuque ou le dos aussi peuvent en être des cibles.

Ce développement sur la notion de "vitale Verstimmung" était nécessaire pour établir le point suivant : nous l'avons déjà mentionné, les symptômes somatiques de la dépression masquée ne contiennent pas en eux-mêmes de caractéristiques évoquant un diagnostic, cependant lorsqu'ils sont examinés dans leur cadre et dans leur durée, ils reçoivent une pondération spéciale qui les rend signifiants. C'est en effet la tonalité particulière que revêt cette symptomatologie (dans son vécu, dans son évolution et dans son utilisation pour la relation malade-médecin) qui permet de poser le diagnostic. Garrone [13] propose la démarche suivante : en l'absence d'une base organique pour des troubles somatiques, la seule impression clinique doit faire penser à la possibilité d'une dépression lorsqu'on se trouve en présence des éléments d'appréciation suivants : "surtout l'aspect de chronicité et en même temps de variabilité des douleurs ou des dysfonctionnements invoqués, la valeur subjective accordée à ceux-ci, la place qu'ils

prennent dans la vie du malade et de son entourage, et la résistance au traitement symptomatique habituel". [13] Les premiers signes à rechercher concernent la sphère corporelle : asthénie, douleurs musculaires, troubles du sommeil, troubles digestifs et modifications de l'appétit, troubles génito-urinaires et troubles dits neuro-végétatifs. Parmi les troubles neurovégétatifs généraux, Garrone évoque "la modification de la perception sensitivo-sensorielle avec sentiment d'irréalité, malaise général, étrangeté". -On ne peut s'empêcher de penser qu'il s'agit de la même réalité dénommée précédemment "vitale Verstimmung"-. Il faut alors diriger l'entretien vers la recherche des signes psychologiques caractéristiques de dépression : ralentissement psycho-moteur, affaiblissement de l'attention et de la mémoire, indécision, idées de suicide, irritabilité et agressivité, troubles de l'humeur, anxiété, perte de l'estime de soi, idées de culpabilité... pour ne mentionner que les principaux. Selon Walcher [48], les troubles psychiques sont en général très discrets dans les dépressions masquées, n'étant souvent reconnus par le patient qu'à posteriori. Le diagnostic repose, pour cet auteur, sur trois éléments : la mise en évidence de la "vitale Verstimmung", l'observation de l'évolution et le contexte héréditaire. L'anamnèse familiale révèle des antécédents dépressifs dans les deux tiers de ses cas. [48] Il insiste sur la difficulté extrême du diagnostic des formes monosymptomatiques de la dépression masquée, qui posent aussi les problèmes de diagnostic différentiel les plus ardus.

Nous reviendrons dans la discussion sur les difficultés du diagnostic et du diagnostic différentiel, puisqu'encore une fois c'est bien là que le problème se pose, tout entier contenu dans le nom même de l'affection.

NOSOLOGIE

Les problèmes nosologiques soulevés par les états dépressifs n'ont pas qu'un caractère théorique. Nous verrons qu'au contraire ils débouchent sur des conséquences pratiques qu'on ne peut négliger. Lorsque la classification nosologique des dépressions prend appui sur leur genèse et leur évolution, les implications thérapeutiques (au sens le plus large), sont même inévitables. La classification nosologique la plus généralement admise dans notre pays est celle de Kielholz, [24] inspirée de Selbach et Hippius, qui situe les dépressions par rapport à deux axes représentant l'origine somatogène et l'origine psychogène.

Il est admis que certaines divisions sont floues, insatisfaisantes car elles donnent lieu à des recoupements. Il n'est cependant pas possible d'y renoncer, pour des raisons thérapeutiques entre autres, et surtout parce que les divisions fondées sur la phénoménologie sont encore beaucoup plus criticables. Si la forme clinique est importante pour le choix de l'antidépresseur (Kielholz) [24], elle a le défaut majeur de manquer totalement de spécificité. Il n'existe pratiquement pas de corrélation entre le diagnostic phénoménologique et le diagnostic nosologique.

Qu'il nous soit permis d'ouvrir une parenthèse : il n'est pas possible, dans un système de classification unidimensionnel, de rendre compte de toute la complexité de la réalité des états dépressifs. Les noms donnés aux divers états dépressifs n'obéissent à aucune règle, engendrant des confusions sans fin. Qu'on en juge : quelques exemples illustreront les multiples possibilités de dénommer un état dépressif.

. Selon la phénoménologie :
(approche descriptive)

- selon la forme clinique :
  dépression inhibée, dépression agitée, dépression anxieuse, dépression hypocondriaque, dépression végétative, dépression masquée
- selon l'intensité :
  dépression légère, dépression masquée
- selon la durée :
  dépression chronique, dépression aiguë
- selon l'époque d'apparition ou les circonstances :
  dépression involutive, dépression ménopausique, dépression du post-partum, dépression du post-déménagement ...

. Selon la genèse
(diagnostic nosologique)

3 grands groupes :
- Dépression somatogène (symptomatique)
- Dépression endogène
- Dépression psychogène

On remarque d'emblée que la division nosologique ne peut pas susciter beaucoup de controverses, qu'elle possède les caractères d'universalité qui lui permettent d'être utilisée presque partout. Seule la psychiatrie américaine rejette cette classification et préfère une échelle quantitative des "troubles de l'humeur".

Il faut admettre que des critiques sont possibles. Il est dans la nature même d'une division génétique unidimensionnelle de négliger les recouvrements et les intrications des causes. "Endogène", selon Kielholz, est une autre façon de dire que nous ignorons l'origine. Enfin "psychogène" recueille

en fait tout ce qui n'est ni somatogène, ni endogène. Et si l'on se souvient de ce que signifie endogène... on peut comprendre les points de vue unitaristes. Kuhn [25] a souligné récemment l'étroite parenté entre les différentes dépressions, qui fait soupçonner une base biologique commune.

Les dénominations prenant appui sur la phénoménologie sont innombrables. Leur utilisation est davantage liée aux modes et aux écoles qu'à une justification logique. Mais surtout elles n'impliquent aucune conception étiologique, étant essentiellement circonstancielles et non génétiques. Il existe certes pour certaines formes cliniques des probabilités plus élevées pour qu'il s'agisse de telle étiologie plutôt que de telle autre. Cependant, dans le cas particulier, une corrélation directe entre phénoménologie et étiologie n'est pas permise. Weitbrecht [39] a parlé de "fehlende Spezifität psychopathologischer Symptome". Or, que voit-on dans le cas de la dépression masquée ? Pour Glatzel [15, 39], il ne fait aucun doute que la dépression masquée n'est qu'un mode d'expression de la mélancolie (zyklothyme Depression). Heinrich [39] aussi voit en elle une manifestation moderne de la dépression endogène. Glatthaar [14] partage cette opinion. Walcher [48] prend une position intermédiaire, admettant que la dépression masquée n'est pas une entité nosologique, mais une "qualification de degré" pouvant se rencontrer dans tous les types de dépression. Il insiste cependant sur la nette prédominance de son apparition dans la psychose maniaco-dépressive.

Radmayr [44] fait entrer la dépression masquée dans le cadre des "depressive Randpsychosen", à base endogène et superstructure névrotique. Les termes qu'il qualifie de synonymes de dépression masquée permettent de mieux saisir le contenu de ce cadre : "Endoreaktive Dysthymie" de Weitbrecht, "vitalen Tonusverlust" de Kretschmer, "Entlastungsdepression" de

Bürger-Prinz, "Erschöpfungsdepression" de Kielholz. Meyer [37] aussi considère la dépression masquée comme une forme atypique ou cachée de dépression endogène, comme d'ailleurs l'"endoreaktive Dysthymie". Il est piquant de relever qu'il distingue dépression larvée de dépression masquée... et que dans sa publication destinée aux praticiens il renonce à discuter ce thème.

Signalons pour terminer la position de Hole [39] dans le "Lexikon der Psychiatrie" : la dépression végétative (synonyme de dépression masquée) est le plus souvent rattachée aux dépressions endogènes. La distinction est graduelle avec les évolutions sévères et graves. On la rencontre aussi dans d'autres catégories nosologiques.

FREQUENCE DES DEPRESSIONS MASQUEES

La fréquence d'une affection pose toujours le problème de sa fréquence réelle par rapport à la fréquence de son diagnostic. Même la fréquence d'un diagnostic est sujette à de telles variations selon les auteurs consultés que la plus grande prudence s'impose dans l'interprétation des chiffres avancés pour la fréquence réelle. Si nous appliquons ces considérations aux états dépressifs masqués, dont la nature est précisément de se cacher et d'échapper le plus souvent au diagnostic, on comprendra la relativité de nos connaissances sur la fréquence de cette pathologie.

Fréquence du diagnostic

Par diagnostic nous entendons beaucoup plus "l'acte de reconnaître l'origine dépressive de troubles somatiques et de les traiter comme tels" que la fréquence de la rubrique "Dépression masquée" ou ses synonymes dans les statistiques d'une clinique. Compris dans ce dernier sens, le diagnostic de dépression masquée aurait évidemment une fréquence nulle dans la majorité des cliniques du monde, où cette dénomination n'est pas utilisée.

Ouvrant un symposium international (St-Moritz, 10-11 janvier 1972) sur les états dépressifs, Kielholz [25] attirait l'attention sur la constatation suivante: "Depuis une quinzaine d'années on assiste à une modification de la symptomatologie des dépressions (Symptomwandel) dans le sens d'une somatisation croissante. Une part importante de l'accroissement bien documenté de la fréquence des dépressions est due à des formes dans lesquelles l'évolution dépressive est masquée par la

multiplicité des symptômes somatiques et végétatifs".

Dans sa monographie intitulée "Die larvierte Depression", à notre connaissance la première revue complète sur la question, Walcher [48] donne les chiffres suivants : de 1958 à 1967, 12'000 patients ont été admis dans la Clinique Psychiatrique Universitaire de Graz. De ces 12'000, 3'256 (27 %) présentaient une pathologie de l'humeur (affektive Erkrankungen) - environ 2 femmes pour 1 homme - répartie en 1'929 cas (58 %) de dépressions endogènes de gravité moyenne à grave et 1'327 cas (42 %) souffrant d'évolutions dépressives légères et "larvées". L'auteur précise que la proportion des dépressions "larvées" est nettement plus élevée chez les patients ambulatoires de la Policlinique : chez 32 % des femmes et chez 21 % des hommes qui ont été examinés sur le plan neurologique et psychiatrique on a posé le diagnostic de dépression légère ou "larvée".

Il est évidemment regrettable que l'auteur ne précise pas dans quelle mesure les qualificatifs de "légères" et "larvées" sont à comprendre comme des synonymes, ou, si ce n'est pas le cas, comment se répartissent les dépressions dans ces deux rubriques.

Fréquence réelle

Elle ne peut que s'estimer grossièrement. Une approche possible paraît être la suivante : partant de la fréquence mieux étudiée des troubles fonctionnels (appelés aussi troubles psychosomatiques, émotionnels, syndromes psycho-neuro-végétatifs, dystonies neurovégétatives, etc...), situer dans ce cadre général la part qui revient aux dépressions masquées.

. Fréquence des troubles fonctionnels : Hegglin [19] donne un chiffre souvent cité : 30 % des patients d'un médecin

installé souffrent de troubles fonctionnels. Ce contingent détermine "die Hauptaufgabe der praktischen Medizin". M. Bleuler [7] estime aussi entre 1/4 et 1/3 la part représentée par les malades émotionnels qui sont malades sans avoir de maladie précise. Parmi eux deux tiers souffriraient d'états dépressifs (soit 15 à 20 % de la clientèle totale d'un praticien !) Il précise, ce qui est lourd de conséquences pratiques pour la formation du praticien, que ces patients ne veulent généralement pas consulter un psychiatre. G. Condrau [9] explique que la fréquence des troubles fonctionnels puisse varier, selon les travaux, de 5 % à 75 % (!), par le degré d'ouverture des médecins aux problèmes psychologiques de leurs patients.

Déjà en 1929, une enquête chez des internistes allemands chiffrait entre 50 % et 80 % la proportion des "névroses d'organes". [9]

Proportion des états dépressifs dans les troubles émotionnels: Radmayr [44] exposant les résultats de l'observation de l'évolution de plus de 1'000 cas de "Problempatienten" à symptomatologie "pseudo-somatique" note que "de loin la plus grande partie de ces "patients-problème" représentent en réalité des dépressions masquées."

Vaillant [47] a trouvé chez 102 patients admis consécutivement dans le service de médecine d'un hôpital 44 cas dont le motif d'hospitalisation est une détresse émotionnelle. Dans 31 cas on ne décèle aucune anomalie organique. Parmi ce tiers de patients dont le motif d'hospitalisation est principalement psychiatrique, près de la moitié (41 %) souffrent d'un état dépressif. Ce type d'état dépressif, par son histoire, évoque irrésistiblement, même si l'auteur (américain) ne le nomme pas ainsi, une dépression masquée.

J.J. Lopez Ibor [25], citant Dowling, Knox, et Lesse estime que 20 % des patients traités dans un hôpital de médecine

générale souffrent en réalité de dépression masquée. Si cette estimation est correcte, "le diagnostic précoce de ces affections et leur traitement correct appartiennent sans conteste aux tâches les plus urgentes de la médecine contemporaine". [25]

Birkmayer [4] a trouvé, chez 5'000 patients étiquetés "dystonie végétative" et représentant ensemble 80'000 jours d'incapacité au travail, un tiers de dépressions masquées.

Selon une vaste enquête épidémiologique faite en France, en Allemagne et en Suisse, et dont les résultats provisoires ont été présentés par Kielholz [27] lors d'un cours de perfectionnement de la Société Bâloise de médecine, plus de 90 % des praticiens considèrent que le nombre des dépressions dans leur clientèle augmente. Ils estiment qu'environ 10 % de leurs patients en sont atteints; la moitié (5 % de leur clientèle) seraient des formes masquées.

Ces diverses données, corrigées d'un facteur de réduction qu'il est prudent d'appliquer aux chiffres avancés par des auteurs qui se sont concentrés sur la recherche d'une affection mal définie, nous amènent à situer entre 5 et 10 % la fréquence réelle des dépressions masquées dans la clientèle d'un praticien.

Fréquence des dépressions masquées en clinique

La très grande majorité des patients atteints de dépression masquée se recrutent dans la clientèle des généralistes, des internistes et des chirurgiens (Walcher [48], Pichot [41]).

Selon Davis (cité par Kielholz [27]) seulement 2 % des dépressions seraient traitées en clinique. Il est indubitable que les critères d'hospitalisation, et principalement la suicidalité, sont relativement peu fréquents dans les dépressions

masquées. Leur fréquence en clinique psychiatrique devrait donc être assez faible. Nous avons trouvé, sur deux séries de 100 dossiers consécutifs de patients dépressifs séparées par un intervalle de 3 ans, la même proportion d'histoires évoquant très probablement une dépression masquée : dans 6 % des cas, le diagnostic de dépression a été précédé d'une période de plus de 6 mois d'investigations somatiques négatives motivées par des plaintes surtout physiques.

Egalement dans les deux séries, 10 à 12 % des dossiers sont évocateurs d'une dépression masquée probable ; ce matériel illustre bien la difficulté de délimiter exactement la notion de dépression masquée, surtout dans une étude rétrospective, effectuée sur un échantillon qui n'offre aucune garantie d'être représentatif d'une population.

Voici deux exemples d'histoires qui évoquent très probablement, par leur symptomatologie somatique prédominante, une dépression masquée. (Selon Pichot [41] ce diagnostic reste dans les meilleurs des cas une probabilité).

Madame C.P., 49 ans, est issue d'une modeste famille rurale de 8 enfants. Tendances dépressives chez une soeur, pas d'autre antécédent psychopathologique dans sa famille. Enfant chétive, elle est sujette à une vive morbidité mineure; soumise précocément à de rudes travaux, elle quitte à 17 ans sa famille pour occuper divers emplois subalternes. Se marie à 26 ans. Mère d'un fils unique.

Elle fut soignée en clinique il y a une quinzaine d'années pour des troubles psychiques consécutifs à un conflit conjugal. Rééquilibre du couple par amendement du conjoint.

Son histoire morbide est dominée par une pathologie digestive et hépato-vésiculaire qui date de la naissance de son fils (depuis 23 ans). Elle énumère la liste des aliments qu'elle ne supporte pas. Il y a 10 ans, elle subit une opération gynécologique et une appendicectomie "motivée" par des douleurs dans la fosse iliaque droite. Il y a 6 mois, cholécystectomie "pour douleurs dans l'hypocondre droit", aux dires de la patiente. Elle ne constate pas d'amélioration de ses troubles digestifs

pour lesquels elle est en traitement médical (Bismuth, sédatifs). Accentuation forte de ses ennuis digestifs depuis un mois : violentes diarrhées, vomissements et fortes nausées. Vive asthénie à coloration anxieuse, l'anxiété étant motivée par un voyage de son fils. Depuis 10 jours, asthénie extrême, ne mange pratiquement plus rien. Elle aurait perdu 10 kilos en un mois. Elle décrit un "blocage, une crispation" de son estomac et de ses intestins, souffre de violentes nausées, de sensations d'étouffement prédominant la nuit, de bouffées de chaleur et de transpirations profuses. Son sommeil s'est progressivement perturbé depuis un mois.

L'humeur était restée relativement claire jusqu'à la nouvelle du décès de son père, survenue il y a une semaine. Depuis lors, elle devient sombre, anxieuse, parfois gagnée de panique à l'idée de devenir folle. Elle n'a pas eu d'idées d'auto-dépréciation, de culpabilité ou d'incurabilité. Pas d'idées de suicide non plus.

La patiente est soumise à des perfusions vitaminées et à une cure d'amitryptiline. Elle s'améliore rapidement, reprend de l'appétit et du poids (4 kilos) et quitte la clinique après 3 semaines, considérée comme guérie. Ses troubles digestifs ont disparu, elle s'émerveille de pouvoir manger des aliments qu'elle ne supportait plus depuis 20 ans !

Un mois plus tard, la patiente revient d'urgence en clinique. Elle raconte avoir bénéficié après sa sortie de clinique d'une période de bien-être comme elle n'en avait plus eue depuis plus de 20 ans. C'est alors que son médecin a interrompu le traitement antidépressif, et l'a remplacé par des remèdes homéopathiques. Les troubles ont alors repris : diarrhées, coliques, ballonnement, estomac noué, le tout accompagné de nombreux troubles végétatifs et de manifestations somatiques d'angoisse. Elle perd 3 kilos en 2 semaines et souffre d'insomnies.

Une reprise du traitement à l'amitryptiline entraîne une amélioration rapide, avec disparition complète de la symptomatologie digestive. Deux ans plus tard, les excellents résultats persistent.

Le phénomène qui nous a le plus impressionné dans ce cas, c'est la disparition sous traitement antidépressif d'une symptomatologie digestive qui était devenue pour la patiente, au cours des années, une toile de fond normale de son existence, et qu'elle n'espérait plus, depuis longtemps, voir s'améliorer.

La contre-épreuve thérapeutique, heureusement inhabituelle grâce au nombre limité d'homéopathes, a également contribué à exclure avec une haute probabilité l'hypothèse d'une

amélioration indépendante du traitement.

Madame A.I., 47 ans, a eu une enfance malheureuse, compromise par l'éthylisme de son père. Mariée à 26 ans, elle n'a pas d'enfant. Elle a généralement joui d'une bonne santé.

Elle fait remonter ses troubles à la rupture d'une veine à la jambe droite qui provoque un hématome, il y a un an et demi. Un médecin lui donne des antibiotiques durant 3 semaines. Elle consulte un autre médecin qui effectue une série d'injections sclérosantes dans ses varices. Apparaissent alors des sensations d'engourdissement dans les deux jambes, avec parésie à droite. Elle ressent une fatigabilité accrue, des palpitations cardiaques, une sensation de constriction oesophagienne. Elle dort mal. Elle consulte alors un troisième médecin qui procède à des investigations somatiques étendues : bilans humoraux, ECG, cholécystographie, mammographie bilatérale, examens oculaires. Mettant à profit une absence de ce médecin, elle en consulte un quatrième qui interrompt tous les traitements antérieurs pour en ordonner d'autres. Cédant aux plaintes de sa patiente, ce dernier enverra Madame A.I. chez un cinquième médecin, spécialiste en neurologie. Un examen neurologique complet, ainsi qu'un électromyogramme du mollet droit ne révèlent rien de pathologique.

Le neurologue recommande alors, avant d'envisager une investigation plus approfondie (PL et sacco-radiculographie), d'instaurer un traitement antidépressif.

A l'entrée en clinique la patiente se plaint d'engourdissement dans les deux membres inférieurs, d'une soif continuelle et de palpitations cardiaques. Elle se sent anxieuse, sa gorge est serrée, elle transpire exagérément. Elle dort mal et se sent épuisée, surtout le matin. Elle n'a pas d'idées de suicide.

Une cure d'amitryptiline entraîne une rapide amélioration, la patiente ne formule plus ses plaintes et, après trois semaines, se déclare subjectivement guérie. Il faut noter qu'en clinique son comportement discret et effacé permet d'exclure une exploitation démonstrative d'une épine organique.

Dans les deux cas, le meilleur argument pour le diagnostic est fourni a posteriori, par le succès du traitement antidépresseur. Cet argument est généralement considéré comme décisif, il n'est cependant pas absolu, selon Pichot [41]. Le premier cas (C.P.) illustre fort bien une remarque du même auteur : "La disparition des signes somatiques s'accompagne d'une prise de poids,

d'un sentiment de bien-être et d'optimisme qui est rapporté même par les malades qui n'exprimaient aucune plainte dépressive auparavant". [41]

A condition qu'on veuille bien admettre que les deux descriptions précédentes entrent dans le cadre de la maladie dépressive, on doit constater qu'il existe entre celles-ci et les descriptions classiques des traités des différences à première vue fondamentales. L'examen des hypothèses sur les causes des variations syndromiques nous amènera à des conclusions inattendues.

HYPOTHESES SUR LES CAUSES DU "SYMPTOMWANDEL"

Le phénomène de conversion des symptômes qui a accompagné l'augmentation du nombre de dépressions ces deux dernières décennies a été étudié par Froehlich [12]. Ses recherches aboutissent à la conclusion que dans les dépressions endogènes, les troubles somatiques sont nettement plus fréquents que par le passé et que l'on observe toujours plus de formes masquées par les troubles somatiques. Il s'agit surtout d'insomnies, de céphalées, de sentiments d'étranglement et de constriction thoracique, de troubles cardiaques, gastro-intestinaux, de syndromes scapulo-cervicaux et de douleurs de la nuque et de la colonne vertébrale.

Dès que l'on admet la réalité de cette importante modification de la symptomatologie dépressive dans le sens d'une expression somatique accrue (Symptomwandel), une question se pose: quelles pourraient être les causes de ce phénomène ?

Il est évident que nous entrons dans le domaine des hypothèses, de celles qui sont les plus difficiles à vérifier. Ce domaine ne comporte pas de limites précises, de sorte que les considérations les plus diverses peuvent s'y rencontrer : idéal politique, conception des relations entre société et individu, idées sur la famille et l'éducation ne sont que quelques exemples de facteurs "étiologiques" dont l'usage en psychiatrie est des plus récents.

Selon Walcher [48] ce serait dans le corps médical lui-même qu'il faudrait chercher l'origine des modifications du visage de la dépression. En effet, en privilégiant le corps dans l'anamnèse et dans les examens, la médecine

traditionnelle n'a pas seulement négligé le domaine psychique ; elle a également entraîné les patients à refouler leurs sentiments et leurs émotions pour être pleinement acceptés par une médecine à orientation principalement physique.

A ce propos, Pichot [41] remarque que "souvent les malades eux-mêmes ne se savent pas et ne se veulent pas déprimés et qu'ils avancent donc au médecin la seule plainte qu'ils le croient à même d'entendre".
Cette opinion est également exprimée par Radmayr [44].

En ce qui concerne l'augmentation du nombre de dépressions, Walcher [48] partage avec Kielholz [24] l'opinion selon laquelle la cause en est le mode de vie actuel, dominé par les principes de compétition et de rendement, et dont les conséquences multiples sont magistralement analysées par Lorenz [34].

Kielholz [27, 28] attribue la tendance à exprimer physiquement des troubles psychiques au matérialisme croissant, dont le corollaire est une mentalité générale qui tolère mal les souffrances affectives. "La tendance croissante d'une fuite dans le domaine somatique est en premier lieu le reflet de l'esprit matérialiste prédominant de notre société". Le mépris des qualités spirituelles, les pertes de relations et d'échelles de valeurs de toutes sortes, y compris les convictions religieuses, représentent des causes de l'augmentation des dépressions.

Battegay [3] attribue l'augmentation des somatisations à une diminution générale des aptitudes à conceptualiser et à verbaliser les expériences intérieures, elle-même mise en relation avec l'attitude de plus en plus passive face aux moyens de communication de masse. Il s'agirait en quelque sorte d'un trouble de l'expression. Avec d'autres auteurs,

il incrimine également une diminution de la tolérance aux frustrations. Ce point cependant semble concerner l'ensemble des manifestations dépressives, et même l'ensemble de la pathologie fonctionnelle. Lorenz [34] estime que l'homme moderne a déplacé l'équilibre plaisir-déplaisir dans le sens d'une hypersensibilité croissante à l'égard de toute situation pénible, tandis que sa capacité de jouissance va s'émoussant. "Le rythme, voulu par la nature, de contrastes équilibrés entre le flux et le reflux des souffrances et des joies, s'atténue en une imperceptible oscillation, ce qui engendre un ennui mortel". [34]

L'importance pathoplastique du type d'organisation sociale sur l'expression du syndrome dépressif est relevé par Walcher [49] : les dépressions somatisées seraient moins fréquentes dans les pays de l'Est que dans le monde occidental. Les facteurs de pression spécifiques à ces pays provoquent plutôt, au lieu des dérèglements affectifs, un certain nivellement et une indifférence émotionnelle. Par contre, les états de l'Est qui s'inspirent des critères de rendement occidentaux (RDA, Yougoslavie) enregistreraient une nette augmentation des dépressions somatisées.

L'hypothèse la plus intéressante sur les causes du déplacement syndromique (Symptomwandel) est issue de la comparaison des tableaux dépressifs dans différentes cultures. Le point de vue transculturel éclaire la notion de dépression d'une lumière particulièrement crue, puisqu'il oblige à reconsidérer de façon critique ce que nous croyons le plus solidement établi. La psychiatrie transculturelle fournit en effet des renseignements sur la dépendance culturelle de la symptomatologie dépressive. Selon Angst [2], les symptômes dépendant de la culture sont : les idées de suicide, l'apathie,

l'inhibition, le ralentissement, l'agitation, la mimique (la Thaïlande connaît la dépression "souriante") et le sentiment de culpabilité. Ce dernier est observé dans les pays chrétiens et islamiques, ainsi qu'au Japon, tandis qu'il est pratiquement inconnu partout ailleurs. Le mot même de "culpabilité" n'existerait pas en hindi. L'hypochondrie, toutes les formes de délire (de culpabilité, de misère, paranoïde) et les hallucinations également présentent une dépendance culturelle.

Les symptômes ne présentant pas de dépendance culturelle ont, pour une définition biologique de la dépression, une importance décisive. Les altérations de l'humeur et les perturbations de l'initiative sont prédominantes sur le plan transculturel. La dysthymie est très difficule à caractériser, la notion d'humeur "déprimée" n'y suffit pas. Mais l'apport qui bouleverse nos conceptions classiques de la dépression est le suivant : les symptômes somatiques ne sont pas un mode d'expression particulier ou atypique de la dépression, ils sont un fondement stable, sur le plan transculturel, du syndrome dépressif. En effet, à part les modifications plus ou moins prononcées de l'humeur, ce sont les symptômes somatiques qui prédominent dans toutes les cultures : troubles du sommeil, de l'appétit, de la libido et de la puissance sexuelle, variations nycthémérales et troubles dépressifs "vitaux" de la sensibilité interne (oppressions, tensions, brûlures dans la poitrine, le coeur, le tube digestif, la tête, etc...). De nombreuses études réalisées dans le monde entier confirment la prédominance et la constance de la symptomatologie somatique et neurovégétative.

Angst [2] affirme que si la notion de dépression avait été conçue sur une base transculturelle, ce que nous désignons chez nous sous ce nom serait considéré comme spécifique de la civilisation chrétienne occidentale ... alors que l'on

reconnaîtrait que la dépression dite masquée se rapprocherait du syndrome de base : "J'ose émettre l'hypothèse qu'au fond la dépression masquée ou larvée ne se différencie pas dans sa nature du syndrome de base des maladies dépressives, qui est semblable dans toutes les civilisations et ressort d'études transculturelles". [2]

Angst estime qu'il faudrait débarrasser notre conception classique de sa superstructure culturelle (la démasquer !) et dégager le syndrome essentiel, pour autant qu'il existe.

"Le "Symptomwandel" observé dans notre civilisation s'oriente vers une disparition du thème de la culpabilité qui va de pair avec une diminution d'importance de la pensée chrétienne. Ainsi la symptomatologie de la dépression se rapproche du syndrome de base simplifié". [2]

Ces conclusions surprenantes sont reprises par Nissen [40] qui les établit sur ses observations en pédopsychiatrie. Pour lui également, la dépression dite masquée de l'adulte représente en fait la forme primitive de manifestation dépressive, les formes "classiques" étant secondaires car dépendant de la culture et de l'éducation. En effet, chez les enfants les dépressions revêtent toujours, selon quelques auteurs cités par Nissen [40], la forme de dépressions masquées (par des troubles de comportement ou des équivalents somatiques).

Ces vues ont une portée considérable : si l'on admet l'hypothèse que la dépression masquée fait partie du noyau, stable sur le plan culturel, de la symptomatologie dépressive, elle ne constitue plus un domaine annexe ou un cas atypique, mais bien un complexe central du syndrome dépressif. Nous rejoignons d'ailleurs une conception défendue par Weitbrecht, Lopez Ibor, Kuhn et beaucoup d'autres, selon

laquelle le syndrome de la "dépression vitale" (Vitalisierung) doit être situé au centre de la dépression. [26] "La notion classique de la dépression devrait alors être révisée, pour que la maladie que nous nommons dépression masquée soit mieux et plus justement évaluée" (Angst [2]).

Une révision de la conception classique de la maladie dépressive, celle qui est dérivée de la mélancolie et qui est essentiellement constituée de symptômes psychiques, aiderait grandement à une détection plus précoce des formes, plus fréquentes, qui se présentent sous un autre aspect. Dans un éditorial du JAMA [10], l'auteur suggère que les manifestations organiques des perturbations psychologiques, loin de cacher la dépression sous-jacente, la révèlent au contraire. Il plaide pour que l'on accorde davantage d'attention aux manifestations végétatives, douées d'une valeur plus grande, pour la détection précoce des dépressions, que la symptomatologie psychique. Selon Pollit [43], de tous les aspects décrits comme caractéristiques de la maladie dépressive, les troubles végétatifs - ceux qui affectent le sommeil, l'appétit, le poids, les variations journalières des principaux symptômes et la libido - sont ceux qui sont les plus constants et qui pourraient le plus prétendre à la fonction de syndrome nucléaire, si un tel noyau commun existe. En effet, Pollit [42] a retrouvé des perturbations des grandes fonctions végétatives chez 199 de 200 patients, chacun présentant en moyenne 3,5 altérations végétatives. Il insiste sur l'inconstance des troubles psychiques. Il est intéressant de noter que Pollit arrive par une autre voie à une conclusion fort proche de celle de Angst [2], qui lui s'appuie sur le point de vue transculturel, et de Nissen [40] qui s'appuie sur son expérience de pédopsychiatre.

CONSIDERATIONS SUR LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des dépressions masquées est difficile à cause de l'absence d'une symptomatologie bien hiérarchisée (Walcher [25, 48]). L'arrière-plan dépressif, caché par le masque somatique, ne se découvre que par une exploration dirigée. Lopez Ibor [25] également signale la difficulté de reconnaître l'humeur dépressive. Sa présence est cependant constante pour certains, pas nécessaire pour d'autres. De toute manière, même présente elle est difficile à déceler chez des patients inhibés, se livrant peu, ne remarquant souvent certains symptômes auxquels ils se sont progressivement accoutumés que lorsqu'ils en sont délivrés. [25,30]

Une exploration dirigée peut très bien ne détecter que quelques éléments qui, considérés pour eux-mêmes, ne sont pas à proprement parler des symptômes psychopathologiques. Une baisse de l'efficience, une diminution de la joie de vivre, un mauvais appétit sont souvent admis comme "normaux", la tolérance étant fonction des circonstances. Les mêmes symptômes, exprimés par quelqu'un qui ne comprend pas d'où ils viennent parce qu'"il n'y a aucune raison, tout va bien" peuvent revêtir une signification importante pour un diagnostic, surtout si leur intensité présente une variation journalière caractéristique : forte le matin, faible le soir (amélioration vespérale). Une autre explication est suggérée par Kielholz [25] : les patients (surtout les enfants) sont incapables de verbaliser leur vécu thymique. "Les plaintes du dépressif sont, comme sa souffrance, vagues et imprécises" (Cherpillod [8]). A ce sujet, il est tentant de penser que par la concentration inconsciente du malaise général en un foyer de perturbation précis, physique, le patient obtient une réduction de l'angoisse.

Les difficultés du diagnostic inhérentes aux caractéristiques des dépressions masquées sont encore augmentées par des pièges insidieux. Il est fréquent, comme le signalent Glatthaar [14] et Heinrich [21], qu'un masque pharmacologique se superpose au masque somatique, le plus souvent sous la forme d'un traitement symptomatique de l'anxiété, voire de la simple "nervosité". A en juger par la consommation d'anxiolytiques et de tranquillisants, dont certains battent depuis plusieurs années tous les records détenus par les polyvitaminés, les antibiotiques et les "gériatriques", on serait presque tenté d'interpréter de façon causale une corrélation troublante : le "Symptomwandel" des maladies dépressives date approximativement de la même époque que le raz-de-marée des benzodiazépines. Un autre facteur qui doit jouer un rôle est le climat "culturel" de vulgarisation médicale qui modifie les données des relations médecin-malade. Il est fréquent que le patient n'apporte pas à son médecin un matériel brut authentique, mais un tableau élaboré de ses troubles, déjà retouché et interprété. Une échelle de valeur non consciente a présidé aux hiérarchisations des symptômes, à leur dissimulation éventuelle, à leur déplacement, à leur rationalisation. Les malaises physiques sont survalorisés, leur retentissement émotionnel, parce que perçu comme consécutif aux troubles du corps, est passé sous silence.

Cependant, le principal obstacle au diagnostic des dépressions masquées est qu'on n'y pense pas. C'est une conclusion importante d'un Symposium International consacré à cette affection : "on aura réalisé un grand progrès dès lors que l'éventualité d'une dépression sera évoquée plus souvent qu'autrefois". [26]

Le passage obligé pour penser à la dépression masquée dans une démarche diagnostique, c'est la reconnaissance de l'importance des facteurs psychiques dans les affections d'apparence physique. Selon Kellet et Mezey [23], les médecins jeunes seraient moins conscients que leurs aînés de l'importance de la pathologie émotionnelle. Les mêmes auteurs ne trouvent pas de grande différence entre l'attitude des généralistes et celle des spécialistes à l'égard de l'importance des facteurs psychiques. Ils tirent de leur enquête la conclusion que les médecins sont bien conscients de l'importance des facteurs psychiques dans les maladies somatiques, mais suggèrent que "ceci est leur aspiration mais pas nécessairement ce qu'ils font (their practice)". Ce n'est pas l'opinion d'Appeau, qui dans sa thèse, citée par Guyotat [18], affirme qu'un tiers des médecins rejette toute interférence psychologique dans la genèse des symptômes de leurs patients.

Walcher [25] pense que c'est surtout parce que sa fréquence n'est pas connue que la dépression masquée est si difficile à diagnostiquer. Et comme sa fréquence n'est pas connue, cette éventualité n'est que rarement évoquée, on n'y pense tout simplement pas. C'est une difficulté qui précède la démarche diagnostique elle-même, qui entrave sa mise en oeuvre. Lorsque la recherche d'une dépression masquée a commencé, la difficulté majeure est déjà surmontée. La fréquence d'une affection n'est qu'un des facteurs qui fait qu'on évoque son éventualité devant un tableau clinique donné. L'expérience du médecin est un facteur plus important.

La fréquence d'une affection ne joue à notre avis qu'un rôle secondaire, car elle ne vaut que dans une perspective analytique, chaque affection étant étudiée pour elle-même. Dès que l'on cherche à se faire un tableau général de la composition de la clientèle d'un praticien en partant des

chiffres tirés de la littérature, le résultat laisse songeur. Avant même d'avoir additionné les fréquences de 10 affections parmi les plus courantes, un total dépassant largement 100 % nous oblige à douter de la valeur de ces chiffres. Ils illustrent à merveille une loi relativement récente dans l'histoire de la pensée scientifique : la modification que l'observateur apporte dans le phénomène observé du seul fait des conditions de l'expérience. Peut-être est-ce une expression moderne d'une notion ancienne : on trouve ce que l'on cherche.

Si la fréquence d'une affection joue un rôle important dans la démarche diagnostique dans le cadre d'une spécialité, et même à l'intérieur d'une des grandes subdivisions (médecine interne - psychiatrie), elle ne joue que très mal son rôle d'aide au diagnostic dès qu'il faudrait franchir transversalement ces catégories propres à l'organisation de la médecine, mais inexistantes chez un patient donné.

La gravité d'une affection, même très rare, est un facteur important du diagnostic différentiel. Ainsi, la possibilité de tumeur cérébrale est évoquée devant le symptôme "céphalée", malgré sa rareté relative, à cause de sa gravité. Il en est de même pour beaucoup de symptômes douloureux, de sorte que le couple grave-bénin est souvent synonyme du couple organique-fonctionnel. Il y a ici opposition entre la pensée statistique, qui voudrait que l'on recherche d'abord ce qui est le plus fréquent, et la prudence, qui pousse à exclure d'abord le plus dangereux, même si c'est le plus rare. Dans l'esprit du praticien, l'impératif "exclure l'organique" ne renvoie pas seulement à une notion de gravité, mais également à l'espoir d'entreprendre un traitement causal ; le trouble fonctionnel non seulement est assimilé à une pseudo-maladie bénigne, mais encore il est mal aimé à cause de la connotation d'impuissance thérapeutique qu'il transporte avec lui.

Le diagnostic par exclusion

Un obstacle majeur qui se dresse sur le chemin difficile qui conduit au diagnostic d'une dépression masquée est précisément ce comportement médical institutionnalisé, presque axiomatique : "exclure l'organique". Cette règle est si profondément ancrée dans l'attitude médicale traditionnelle que la crainte de passer à côté d'une affection organique, erreur grave et réprouvée à l'unanimité, domine souvent toute la démarche diagnostique. Les coûts élevés des examens spécialisés, le temps investi, les épreuves infligées au patient, aucun sacrifice n'est de trop pour acquérir la rassurante certitude qu'"il n'y a rien d'organique". Rassurante pour le médecin. Le patient est souvent déçu de s'entendre dire qu'il n'a rien ou "rien de grave", ces deux autres façons de dire "rien d'organique".

Exclure l'organique est louable comme moyen de parvenir à un diagnostic précis, mais bien souvent le diagnostic d'exclusion s'épuise près du but. Cette attitude ne se justifie pas si elle ne débouche que sur une conclusion négative, elle n'est pas un but en soi. L'exclusion de la pathologie organique ouvre un nouveau champ d'investigation, exigeant une poursuite de l'effort de diagnostic. L'abondance des termes utilisés pour désigner des ensembles vagues de troubles, des familles d'affections, témoigne de l'embarras de la science médicale devant le fonctionnel. Des syndromes très divers, n'ayant souvent en commun que leur absence d'organicité, sont regroupés sous des dénominations qui donnent l'illusion de la précision. C'est ainsi qu'après la "dystonie neuro-végétative", le "syndrome psycho-végétatif" (Thiele) puis le "syndrome psycho-neurovégétatif" ont offert un large accueil aux pathologies les plus diverses. En attendant le "syndrome somato-psycho-neurovégétatif" qui permettrait enfin de simplifier beaucoup la médecine... Goodwin [16] qualifie ces termes trop généraux d'euphémismes signifiant "je ne sais pas".

L'approche diagnostique par exclusion de causes organiques comporte au moins trois inconvénients majeurs. Nous signalerons en premier lieu le risque d'aggraver l'état du patient ; en effet, la répétition d'examens somatiques peut augmenter l'auto-observation anxieuse du patient et renforcer son impression d'être gravement atteint dans sa santé (Pichot [41], Kielholz [24], Glatthaar [14]). Un autre inconvénient est une conséquence de la spécialisation : le patient risque fort d'être adressé successivement à divers spécialistes, son besoin d'être pris en charge va nécessairement souffrir de cette dilution tous azimuts de son "besoin de santé". Ainsi, le fameux "tour des médecins", appelé outre-Atlantique "doctors shopping", peut fort bien avoir un déclenchement iatrogène. Mais le risque de loin le plus réel est l'"étiquetage somatique forcé" dont parle M. Bleuler [7]. Il s'agit de l'exploitation d'une micro-trouvaille (Mikrobefund), généralement à la limite de la norme, en vue de fournir au patient l'explication plausible qu'il réclame. Ce sont souvent des défauts mineurs, jouissant d'une certaine notoriété populaire, sujets aux modes et aux particularités régionales : utérus rétroverti, tétanie larvée, syndrome cervical, ptose gastrique ou rénale, légère anomalie vertébrale, etc... Une absence de trouvaille organique, même minime, peut être tout aussi néfaste lorsqu'elle se traduit par une "étiquette de rejet". Selon Radmayr [44], il en existe au moins trois : hypocondriaque, hystérique et simulateur.

Il est difficile de préciser dans quelle mesure la procédure classique de l'exclusion des causes organiques est responsable du délai qui s'écoule avant qu'un diagnostic psychiatrique soit posé. Si l'on excepte les cas extrêmes - Walcher [48] cite des cas ayant traîné plus de 20 ans - il semble vraisemblable que des délais de plusieurs années soient fréquents. Parlant des dépressions en général, Mitchell-Heggs [38] donne une moyenne de 2,6 ans avant le diagnostic. Une raison de ce

délai est donnée : dans la moitié des cas des plaintes physiques végétatives masquent l'entité dépressive sous-jacente. Ce chiffre concerne une première poussée. Serry et Serry [45] arrivent à un chiffre voisin : le délai entre le début des troubles et la première consultation psychiatrique est dans leur collectif de 34 mois pour les dépressions masquées, contrastant avec un délai moyen de 7 mois pour les dépressions habituelles. Kreitmann et coll. [30] ont la moitié de leurs cas qui sont malades depuis plus de 10 ans. Les chiffres les plus détaillés sont fournis par Lesse [32] : 84 % des patients sont malades depuis plus d'un an au moment de la première consultation psychiatrique, 69 % depuis plus de 2 ans et 30 % depuis plus de 5 ans. Le même auteur signale la corrélation entre un diagnostic précoce et de bons résultats thérapeutiques. Les troubles anciens sont plus résistants au traitement que des troubles récents.

Le collectif analysé par Grüter [17] comporte 36 % (sur 107 dépressions masquées au total) d'évolutions supérieures à 18 mois avant traitement. Tous ces chiffres concernent une sélection de patients qui est caractérisée par une prise en charge par un psychiatre, ce qui est certes loin d'être le cas pour la majorité des dépressions masquées.

Le diagnostic des dépressions masquées par exclusion, pour rassurant qu'il soit, n'en est pas moins un détour qu'il est possible de s'éviter. A tous égards, il témoigne d'une économie peu rationnelle. L'investissement en argent, en temps, en efforts, en personnes consultées, en dangers de fixation pour le patient... et en risque de ne pas aboutir à davantage qu'un diagnostic négatif ne se justifie que si c'est le seul moyen de parvenir au but. Or ce n'est pas le cas. Radmayr [44] déclare expressément son opposition au diagnostic de la dépression masquée par exclusion.

Evoquant ce problème plus globalement, E. Martin, dans sa leçon d'adieu [36], cite Walton : ce dernier propose de réduire ce qu'il appelle "la concentration excessive sur le somatique, qui est la tradition dans les facultés de médecine, et d'abolir l'idée fausse qu'une maladie psychiatrique doit se diagnostiquer en éliminant de proche en proche toutes les causes physiques". Martin ajoute, un peu amèrement : "Je crains fort que cet appel ne soit guère entendu".

Labhardt [31] également, dans un cours de perfectionnement récent, a pris position contre le trop classique diagnostic par exclusion. Il a mis en garde contre des investigations somatiques exagérées au profit d'une approche positive du diagnostic. Il va de soi qu'il n'est nullement question de sous-estimer l'importance de la recherche d'une affection organique, mais d'atteindre un diagnostic de troubles émotionnels de type positif et primaire.

Une tentation qui a l'attrait de la facilité est de recourir au diagnostic "ex juvantibus", par une épreuve thérapeutique aux thymoleptiques. Kielholz [25] et Pöldinger [25] sont opposés à cette pratique, souvent interrompue précocément. En effet, les effets secondaires des thymoleptiques renforcent fréquemment, en début de cure, les symptômes végétatifs des dépressions masquées et incitent le patient à interrompre son traitement.

Le diagnostic positif

Le diagnostic positif des dépressions masquées s'inscrit dans l'analyse d'un processus en évolution, considéré dans ses rapports avec un milieu. Il est l'opposé d'une conception statique du diagnostic, issue de la tradition anatomo-pathologique : des regroupements de symptômes, figés dans le temps, ont été réifiés et sont devenus des "maladies" qu'une personne "attrape" ou à laquelle elle échappe (Main [35]). Un dépressif devient selon cette conception une personne saine + cette chose, une maladie, la dépression.

La plupart des auteurs recommandent d'examiner les symptômes somatiques, présentés non pas selon une tranche verticale qui cherche à les regrouper pour former un syndrome évocateur de diagnostic, mais longitudinalement, dans leur développement. La notion de périodicité est en effet très importante pour le diagnostic de la dépression masquée. Pour Pichot [41], l'évolution constitue, à côté des signes dépressifs mis en évidence par un examen soigneux, l'argument essentiel du diagnostic. Ce développement doit aussi être situé dans un champ social, professionnel et familial. Il est indispensable de saisir les grandes lignes de la personnalité du patient, de son développement. Une courte anamnèse familiale sur le plan psychopathologique fait partie de tout examen. Le récit des interventions médicales antérieures, leur variété et leur relatif insuccès doit particulièrement éveiller la suspicion d'un arrière-plan psychique masqué. Un éventuel nivellement ou déplacement des symptômes psychiques par la consommation de tranquillisants sera recherché.

D'autres indices peuvent mettre sur la piste d'une dépression masquée : échec de thérapeutiques symptomatiques ou tranquillisantes, contraste entre l'imprécision de la description (Hole signale la fréquence de l'expression "c'est comme si..." [26]), et la richesse des détails et du vocabulaire souvent riche en termes médicaux (Lesse [32]), valeur subjective accordée aux troubles présentés (Garrone [13]).

Labhardt [31] situe immédiatement après le recueil des symptômes une démarche destinée à éviter les longs et stériles détours du diagnostic par exclusion. En effet, si la préoccupation constante du médecin est de traduire l'offre du patient (ce qui revient à la démasquer, dans bien des cas)

et de la situer dans un contexte plus global, il pourra ensuite diriger son exploration dans la bonne direction. Son attention peut être attirée par l'énumération des médecins consultés et des traitements essayés. L'évolution, l'histoire des troubles elle-même suffit parfois à rendre l'hypothèse d'une cause organique très peu vraisemblable. Le diagnostic positif exige une opération préalable qui consiste à situer le patient dans une des sphères d'affections suivantes :

- Troubles organiques
- Troubles psychosomatiques, névroses d'organes, troubles psychonévrotiques
- Troubles psychotiques
- Troubles du comportement

Il est entendu que ces domaines se recoupent et ne représentent que des catégories grossières destinées à donner une première orientation aux recherches.

En explorant brièvement chacune de ces possibilités, en plaçant au centre la personnalité du patient, son hérédité, son développement et sa situation dans un milieu, la direction dans laquelle il faut approfondir l'examen se dégage d'elle-même. Cette démarche se caractérise donc par un temps exploratoire au carrefour de diverses possibilités, par opposition au choix systématique de l'exclusion de l'affection organique.

Une même préoccupation de dépistage précoce inspire un questionnaire décrit par Amiel [1]. Il vise à déceler des signes de souffrance psychique en explorant de façon simple et rapide des fonctions somatiques, psycho-physiologiques et affectives. Il tient compte de l'inscription dans le physique des troubles affectifs. Les symptômes neurovégétatifs ne

sont pas oubliés. Nous retrouvons la conception préconisée par Labhardt : répérer un problème dans une conception élargie de la pathologie, sans priorité abusive de l'organique, mais sans le négliger non plus.

Goodwin [16] suggère une démarche inspirée de considérations de fréquence : lorsqu'on ne trouve pas en première analyse de cause physique à des symptômes somatiques, il faut chercher à exclure trois affections psychiatriques très fréquentes dans lesquelles des symptômes physiques dominent souvent le tableau clinique : l'hystérie, la névrose d'angoisse et la dépression. Les symptômes fonctionnels qui ne peuvent pas être attribués à l'un de ces trois syndromes requièrent fréquemment une poursuite et un approfondissement de la recherche de causes organiques.

Plutôt que de suivre jusqu'au bout une des pistes (affections organiques - affections psychiques) Goodwin propose des aller-retour dont les limites se reculent avec la rareté d'une affection.

Radmayr [44] estime qu'il est possible d'éviter le diagnostic par exclusion, auquel il est en l'occurence opposé, en décelant des symptômes positifs de dépression masquée. Pour cela, il conseille de rechercher dans l'anamnèse familiale des indices de troubles de l'humeur, puis de s'intéresser au développement de la personnalité, en accordant une attention particulière aux rapports entre les désirs et la réalité, et enfin d'examiner une éventuelle corrélation entre le début des troubles exprimés et des situations de conflit. Il recommande encore de rechercher une dépression masquée chez tous les patients dont les troubles émotionnels ne réagissent pas aux traitements habituels dans des délais raisonnables.

Ces diverses démarches reviennent toutes à évoquer plus fréquemment et plus précocément l'éventualité d'une dépression masquée, certes, mais également d'autres affections comme des névroses d'organes, des évolutions hypocondriaques, ou des troubles psychosomatiques. Comment procéder alors à la délimitation de ces diverses affections, fort proches les unes des autres ?

Lorsque l'éventualité d'une dépression masquée est évoquée - et certains auteurs pensent qu'elle ne le sera jamais assez - il convient de rechercher de façon dirigée des symptômes dépressifs cachés par la bruyante symptomatologie somatique. Glatthaar [14] propose pour le praticien quelques questions simples, explorant le degré d'initiative et d'intérêt, l'humeur matinale comparée à l'humeur du soir, le sommeil (considéré comme nucléaire dans ces troubles), le goût à la vie et les thèmes de préoccupation. Pour Walcher [48] la mise en évidence de la dépression "vitale" (Vitalisierung) est la pierre de touche du diagnostic.

Pichot [41] également estime que même des patients niant avec énergie une origine "nerveuse" décrivent, lorsqu'ils sont mis en confiance, un état de nervosité et d'anxiété permanent, une difficulté à se concentrer, une perte des intérêts et une désaffection consciente, douloureusement ressentie, à l'égard du cercle familial. Les signes les plus précoces sont décrits en termes de fatigue, de douleurs diffuses et légères, affectant surtout les muscles, la tête et la poitrine. La "fatigue" englobe souvent l'inhibition et la difficulté de faire face aux tâches quotidiennes. L'évolution périodique est un élément très important pour le diagnostic.

La dépression des "sentiments vitaux" doit avoir, selon Lopez Ibor [26], des caractères qui lui donnent sa signification pathologique : les symptômes ne doivent pas être réactionnels (donc d'origine obscure, malgré la tendance des patients à les assortir de rationalisations causales), ils sont périodiques, évoluant par phases en relation avec les rythmes circadiens et saisonniers, et ils débordent le cadre de la thymie pour se manifester sur le plan somatique et psychique (par exemple épisodes phobiques et obsessionnels).

L'adjectif "vital" a donc la signification particulière définie par l'école allemande dans l'expression "vitale Traurigkeit", que nous avons déjà discutée.

Cette notion cristallise une conception fondamentale de la maladie dépressive qui comporte une assise toute préparée pour recevoir la variante que représente la dépression masquée. En effet, la symptomatologie somatique fait partie intégrante, au même titre que les troubles psycho-affectifs, de cette conception. Ce n'est donc pas un hasard si la psychiatrie d'inspiration germanique (Allemagne et Autriche surtout) a été la première à reconnaître l'importance des formes dépressives végétatives d'abord (Hempel 1937, Lemke 1949, Dichgans) puis de la forme "larvée", connue surtout depuis la monographie que Walcher [48] lui a consacrée en 1969.

La psychiatrie d'inspiration française est mal préparée à élargir sa conception de la dépression aux formes somatiques, étant moins familiarisée avec le contenu somatique et végétatif de la tradition issue de K. Schneider et de Weitbrecht. L'attachement à la description traditionnelle dérivée de la phase dépressive de la psychose maniaco-dépressive est un obstacle important à la diffusion en milieu francophone des connaissances actuelles sur la dépression masquée. Il reste

à espérer que les généralistes et spécialistes non psychiatres, les médecins qui voient la très grande majorité de ces formes dépressives, apprendront rapidement à diagnostiquer les dépressions masquées et à les traiter correctement. C'est la meilleure occasion jamais donnée aux psychiatres de collaborer activement avec les médecins non psychiatres, car l'ampleur de la tâche exige que les praticiens puissent assumer le diagnostic et le traitement des dépressions [26].

Ces considérations sur le diagnostic seraient incomplètes sans une mise en garde contre le danger, signalé par Heimann [20] et Pichot [41], de faire de la dépression masquée un monstre gigantesque, comme l'était autrefois l'hystérie, à laquelle on rattachait tous les syndromes obscurs. Heimann [20] recommande une certaine modestie et une réserve intellectuelle, jusqu'à ce que des critères bien définis permettent de mieux circonscrire les limites de cette affection. Ce conseil est particulièrement sage à l'heure où l'on discute encore, faute de facteurs discriminants suffisants, des limites entre dépression endogène et dépression psychogène.

Hole [22] l'a souligné : si l'on abuse de la notion de dépression masquée et si l'on n'exige pas le diagnostic positif des symptômes caractéristiques de dépression, cette notion tombera en discrédit ; c'est ce qui peut lui arriver de pire.

RESUME ET CONCLUSION

La fréquence des dépressions augmente. Une grande partie de cette augmentation est due aux formes dans lesquelles la symptomatologie psychique est masquée par des symptômes somatiques. Ces dépressions masquées (ou larvées) se caractérisent par une variété extrême des symptômes somatiques également fréquents dans les dépressions typiques. Sont prédominants : l'asthénie, les insomnies, les troubles de l'appétit, les troubles neurovégétatifs, les douleurs à type de cénestopathies. Ces symptômes apparaissent dans une évolution et dans un contexte qui leur donnent une signification. La mise en évidence d'une "dévitalisation", malaise général psycho-physique, et d'une périodicité, est importante pour le diagnostic.

La dépression masquée n'appartient pas à une catégorie nosologique déterminée, c'est un mode d'expression ne ressortissant que de l'approche phénoménologique. Sa fréquence peut être estimée à 5 - 10 % de la clientèle d'un médecin praticien. Elle est beaucoup plus rare en clinique. Des hypothèses nombreuses ont été émises sur les causes du "Symptomwandel" de ces 20 dernières années. Les plus intéressantes sont issues de la psychiatrie transculturelle. Les formes masquées seraient en réalité des formes dépressives primitives débarrassées de toute une superstructure due à la civilisation chrétienne occidentale. L'approche par la pédopsychiatrie aboutit aux mêmes conclusions.

Face à des troubles somatiques, il est habituel de procéder à l'exclusion d'une origine organique.
De nombreuses raisons plaident contre une telle attitude, injustifiée puisque des moyens existent de faire le diagnos-

tic positif des dépressions masquées : étude de la symptomatologie considérée dans sa durée et dans ses relations avec le milieu, anamnèse dirigée vers les troubles des grandes fonctions végétatives, mise en évidence des symptômes dépressifs cachés.

BIBLIOGRAPHIE

1) Amiel, R. : Le T.S.T. pour quoi faire ? un test pour tous. Concours Méd. 93, 1455, 1971

2) Angst, J. : La dépression masquée du point de vue transculturel. Dans : Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un Symposium International, St- Moritz 1973. Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

3) Battegay, R. : Cours de perfectionnement de la Société Bâloise de Médecine, Bâle, 24 janvier 1974

4) Bausenhardt, D. : Was ist eine larvierte Depression ? Selecta 13, 911, 1971

5) Bayliss, R. I. S. : Advances in Medicine. Practitioner 193, 406, 1964

6) Bleuler, E. : Lehrbuch der Psychiatrie ; rév. par M. Bleuler, 11e édition. Berlin, Heidelberg, New-York : Springer 1969

7) Bleuler, M. : Importance des connaissances modernes sur les dépressions pour la pratique médicale. Service Bibliogr. Roche 36, No 6, 33, 1968 et Ther. Umsch. 25, 3, 1968

8) Cherpillod, C. : Le médecin, le dépressif et ses médicaments. Rev. méd. Suisse rom. 91, 225, 1971

9) Condrau, G. : Die Bedeutung der medizinischen Psychologie für die aerztliche Praxis. Psychosomat. Medizin No 4, 242, 1969

10) Editorial : Early Recognition of Depressive Illness, JAMA 221, 187, 1972

11) Ey, H., Bernard, P. et Brisset, Ch. : Manuel de Psychiatrie, 3e édition. Paris : Masson et Cie, 1967

12) Froehlich, R. : Körperliche Beschwerden depressiver Patienten vor Beginn einer stationären Behandlung. Dissertation, Basel, 1970

13) Garrone, G. : Le syndrome dépressif et son traitement par le praticien. Rev. méd. Suisse rom. 91, 211, 1971

14) Glatthaar, G. W. : Die larvierte Depression in der Praxis. Münch. med. Wschr. 112, 2007, 1970

15) Glatzel, J. : Die sogenannte larvierte Depression. Sandoz AG, Nürnberg, 1972

16) Goodwin, D. : Psychiatry and the mysterious Medical Complaint. JAMA 209, 1884, 1969

17) Grüter, W. : dans Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un symposium International, St- Moritz 1973. Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

18) Guyotat, J. : Attitude du médecin-praticien devant l'angoisse du malade : Service Bibliogr. Roche 36, 1, 1968 et Europa Medica 4, 26-30, 1965

19) Hegglin, cité par Condrau, G. : Die Bedeutung der medizinischen Psychologie für die aerztliche Praxis. Psychosomat. Medizin No 4, 242, 1969

20) Heimann, H. : Contribution à la discussion. Dans Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un Symposium International, St-Moritz 1973. Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

21) Heinrich, K. : Die maskierten Depressionen. Aerztl. Prax. 21, 5550, 1969

22) Hole, G. : Cours de Perfectionnement de la Société Bâloise de Médecine, Bâle, 24 janvier 1974

23) Kellet, J. M. and Mezey, A. G. : Attitudes to Psychiatry in the General Hospital. Brit. med. J. 4, 106, 1970

24) Kielholz, P. : Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker, 2e édition. München : J. F. Lehmanns, 1966

25) Kielholz, P. (Ed.) : Depressive Zustände. Un Symposium International. St-Moritz 1972. Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1972

26) Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un Symposium International, St-Moritz 1973. Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

27) Kielholz, P. : Cours de Perfectionnement de la Société Bâloise de Médecine, Bâle, 24 janvier 1974

28) Kielholz, P. : Contribution à la discussion. Dans : La dépression masquée. Un Symposium International, St-Moritz 1973. Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

29) Kline, N. S. : Antidepressant Medications. JAMA 227, 1158, 1974

30) Kreitman, N., Sainsbury, P. et al. : Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital. Brit. J. Psychiat. 111, 607, 1965

31) Labhardt, F. : Cours de Perfectionnement de la Société Bâloise de Médecine, Bâle, 24 janvier 1974

32) Lesse, S. : The multivariant masks of depression. Amer. J. Psychiat. 124, Suppl. au No 11, 35, 1968

33) Loo, H. et Zarifian, E. : Les états dépressifs. Médiscope, No 3, janvier 1973

34) Lorenz, K. : Les huit péchés capitaux de notre civilisation. Paris : Flammarion 1973

35) Main, T. F. : Discussion on depression : emotion or illness ? Practitioner 206, 686, 1971

36) Martin, E. : Apprendre le métier. Rev. méd. Suisse rom. 91, 81, 1971

37) Meyer, H.-H. : Diagnose und Therapie der Verstimmungszustände in der aerztlichen Praxis. Med. Welt 22, 1, 1971

38) Mitchell-Heggs, N. : Aspects of the Natural History and Clinical Presentation of Depression. Proc. Roy. Soc. Med. 64, 1171, 1971

39) Müller, Ch. (Ed.) : Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New-York : Springer 1973

40) Nissen, G. : La dépression masquée chez l'enfant et l'adolescent, dans Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un Symposium International, St-Moritz 1973, Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

41) Pichot, P. et Hassan, J. : Dépressions masquées et équivalents dépressifs. Problèmes de définition et de diagnostic, dans Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un Symposium International, St-Moritz 1973, Berne, Stuttgart, Vienne : Huber 1973

42) Pollit, J. : Discussion on depression : emotion or illness ? Practitioner 206, 681, 1971

43) Pollit, J. : Etiological, clinical and therapeutic aspects of depression. Proc. Roy. Soc. Med. 64, 1174, 1971

44) Radmayr, E. : Der Problempatient in der Praxis. Med. Welt 21, 2071, 1970

45) Serry, D. and Serry, M. : Masked depression and the use of antidepressants in general practice. Med. J. Aust. 56, I, 334, 1969

46) Thiele, W. : Psychovegetatives Syndrom.
Sandoz AG, Basel, 1966

47) Vaillant, G. E. and Shapiro L. N. : Psychological
Motives for Medical Hospitalization. JAMA 214, 1661, 1970

48) Walcher, W. : Die larvierte Depression. Wien :
Brüder Hollinek 1969

49) Walcher, W. : Contribution à la discussion, dans
Kielholz, P. (Ed.) : La dépression masquée. Un
Symposium International, St-Moritz 1973. Berne, Stuttgart,
Vienne : Huber 1973

50) Weitbrecht, H. J. : Psychiatrie im Grundriss.
Berlin, Göttingen, Heidelberg : Springer 1963